BULLETIN ET MÉMOIRES

DE LA

SOCIÉTÉ DE LARYNGOLOGIE
D'OTOLOGIE ET DE RHINOLOGIE
DE PARIS

ABONNEMENTS : France, 5 *fr.; Union postale,* 6 *fr.*

PARIS
VIGOT FRÈRES, ÉDITEURS
23, PLACE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 23

1914

AVIS

ABONNEMENTS

... informons nos Collègues Spécialistes Français ou Etrangers qui ne sont pas ... honoraires, actifs ou correspondants de notre Société, que moyennant un ...ment de 5 francs par an (France), et 6 francs (Etranger), il leur sera fait régulièrement le service de nos *Bulletins* et du *Recueil Général Annuel* (vol. broché). ...dresser les demandes au Secrétaire Général ou à MM. Vigot frères, éditeurs.

CONVOCATION

La prochaine réunion aura lieu le **Mardi 10 Mars**, à 8 h. 1/2 précises du soir, **Hôtel des Sociétés Savantes, rue Danton, Salle G.**

Les auteurs de communications sont priés de bien vouloir remettre en séance, suivant les règlements — leur communication *in extenso* pour le Bulletin — un résumé d'une dizaine de lignes maximum, pour la presse.

Adresser tout ce qui concerne la Rédaction au secrétaire général, Dr Robert Foy, 28, rue de la Trémoille, Paris, VIIIe. Tél. Passy 65-08.

SOCIÉTÉ
de Laryngologie, d'Otologie et de Rhinologie
DE PARIS

N° 2 — Sommaire

PROCÈS-VERBAL

Séance du 12 Février 1914 (Clinique de M. Georges Laurens)

PRÉSIDENCE DE M. FOURNIÉ.

La séance est ouverte à 10 h. 1/4 du matin.

Etaient présents : MM. Bosviel, Bruder, Castex, Chabert, Collinet, Courtade, Cousteau, Delair, De Parrel, Fournié, Girard, Guisez, Houlié, Koenig, Labernadie, Labouré, Georges Laurens, Le Marc'Hadour, Munch, Nepveu, Percepied, Richou, Robert Foy, Rouvillois, Sieur, Veillard.

Excusé : M. Weismann.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

COMMUNICATIONS

RABOT A BRANCHE AMOVIBLE POUR CRÊTES INFRANCHISSABLES DE LA CLOISON NASALE

M. J. Bosviel.

La lame de ce rabot est constituée comme celle d'un rabot ordinaire. La particularité de l'instrument consiste en ce que la branche inférieure est mobile, s'écartant ou se rapprochant à volonté de la lame tranchante.

Cette mobilité est obtenue par le coulissement de la branche amovible, prise en queue d'aronde, pour que dans sa course, elle ne puisse dévier de la ligne droite.

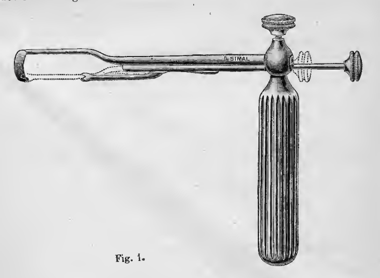


Fig. 1.

La manœuvre de l'appareil est fort simple :

La tige mobile tirée à soi, on dispose la lame derrière la crête en

passant au-dessus d'elle. Il est bien rare qu'après cocaïnisation de la fosse nasale, l'étroitesse de la région soit telle qu'on ne puisse y parvenir. S'éloignant alors un peu de la cloison pour se rapprocher du cornet (à ce niveau, en effet, l'épaisseur de la crête est toujours moindre), on pousse la branche mobile à fond. — Celle-ci glissant sous la crête, vient s'accoler intimement à la lame coupante, et reconstituer le rabot ordinaire. Un tour de la vis surmontant le manche et la fixité de l'appareil est complète.

Il ne reste plus qu'à sectionner la déviation.

J'ajoute que la branche supérieure, celle qui peine, est extrêmement résistante, son épaisseur étant portée au maximum.

VOLUMINEUX KYSTE PARADENTAIRE AYANT EFFONDRÉ LA PAROI EXTERNE DE LA FOSSE NASALE

M Bruder.

Je désire, Messieurs, vous présenter la radiographie, une dent et quelques pièces anatomiques et histologiques provenant d'un volumineux kyste paradentaire qui occupait entièrement le sinus et avait effondré la paroi externe de la fosse nasale correspondante.

Le malade, un homme de 37 ans, était venu me consulter après avoir reçu un coup de bistouri de son médecin quelque temps auparavant au niveau d'une tuméfaction siégeant dans la fosse canine gauche.

L'incision avait donné issue à un liquide citrin et une fistule en avait été la conséquence.

Le patient avait été adressé ensuite au Dr Robin, dentiste des Hôpitaux, qui fit faire la belle radiographie que je vous présente. On y remarque plusieurs points intéressants.

Cette radiographie montre d'abord le développement considérable de la tumeur kystique qui avait envahi et qui avait pris complètement la place du sinus maxillaire.

Elle montre aussi admirablement la position de la dent non évoluée, à l'intérieur du kyste. Cette dent qui est une canine paraît verticale par suite du rapport qui existe entre la position de l'ampoule et l'axe des dents (la radiographie ayant été prise dans une position légèrement oblique de la tête couchée sur la plaque).

La radiographie montre que l'axe de la canine est dans une position beaucoup plus perpendiculaire aux rayons qui émanent de l'ampoule que ne l'est celui des petites molaires et de la dent de sagesse qui apparaissent en raccourci sur la radiographie. A cause de cela nous pou-

vons conclure que la canine occupait une position voisine de l'horizontalité et se trouvait couchée de ce fait sur le plancher du sinus.

Avant que la radiographie ne fût faite, le Dr Robin avait remarqué que le malade n'avait pas de canine gauche, sans qu'il y eût du reste d'espace libre entre l'incisive latérale et la première prémolaire. En effet, chez ce malade ces deux dents se touchent.

On voit très bien sur la radiographie que la canine est située dans sa région habituelle. Au cours du développement kystique la dent avait conservé tout à fait sa position primitive :

La *dent* présente une résorption de la couronne tout à fait analogue aux résorptions des dents de lait.

L'extrémité apicale porte une espèce d'appendice coudé à angle droit qui montre que cette dent au cours de son développement folliculaire a subi des influences qui bien que difficiles à préciser sont inscrites sur la couronne et au niveau de l'apex.

J'opérai le malade le 20 décembre dernier sous l'anesthésie chloroformique.

J'incisai la muqueuse au niveau de la fosse canine, parallèlement au bord alvéolaire en passant par le point le plus saillant et en reliant la fistule à l'incision; puis je trépanai à la gouge la coque kystique très dure en agrandissant l'ouverture aux dépens du maxillaire. Arrivé dans la cavité du kyste qui était uniloculaire, j'enlevai très facilement à la curette la canine qui n'adhérait que très légèrement à la paroi du kyste.

Le kyste avait énucléé la dent qui était pour ainsi dire seulement posée sur cette paroi.

La coque kystique se moulait exactement sur les parois du sinus et adhérait très fortement à celle-ci. Aussi j'eus beaucoup de peine à en faire l'ablation complète et ne pus l'enlever que par morceaux, sauf au niveau des parois interne et postérieure. Je retirai à cet endroit un morceau cupuliforme qui a été examiné histologiquement par M. Leclerc.

Je m'étais proposé, suivant la technique qui m'a été enseignée par le Dr Laurens, de drainer par le nez en réséquant à la gouge une partie de la paroi externe de la fosse nasale.

Mais je n'eus pas cette peine. En effet, au moment de passer à ce temps opératoire, je constatai avec étonnement que le kyste avait effondré la paroi externe de la fosse nasale. Au niveau des parties moyenne et postérieure du méat inférieur, il existait une brèche osseuse très large empiétant sur le cornet inférieur, qui permettait d'apercevoir les mouvements du voile du palais pendant la respiration.

Le kyste avait provoqué la résorption de la partie postérieure du cornet inférieur.

Il ne me resta plus qu'à tamponner et à suturer la muqueuse gingivale après avoir avivé les lèvres de l'incision au niveau de la fistule.

Les suites opératoires furent très simples et au bout de quinze jours le malade présentait une cicatrice solide et une sécrétion nasale très minime. Aujourd'hui il est tout à fait guéri, aussi je n'ai pas jugé intéressant de vous le montrer.

En terminant, je voudrais dire quelques mots sur la méthode opératoire à employer dans la cure radicale des kystes paradentaires.

Lorsqu'il s'agit de très gros kystes paradentaires qui remplissent la totalité ou les deux tiers du sinus, l'hésitation ne me semble pas possible. Il faut se comporter comme si l'on avait affaire à une sinusite maxilaire.

Le procédé de Caldwel-Luc, opération si parfaite et si simple à laquelle on rend hommage de plus en plus à mesure qu'on l'a employée plus souvent, est sans discussion le procédé de choix.

Mais si la poche kystique est petite, si elle ne remplit qu'une petite partie du sinus un tiers environ, que faut-il faire ? Faut-il respecter la muqueuse du sinus si cela est possible et laisser bourgeonner, ou faut-il pénétrer délibérément dans la grande cavité et drainer par le nez. Mes tendances personnelles m'inclineraient à choisir cette dernière méthode et à faire un Luc ne respectant le sinus que si le kyste l'a respecté lui-même, c'est-à-dire si la paroi osseuse du sinus est seulement refoulée, amincie et n'est pas entamée complètement. Je demande l'avis de la société à ce sujet.

Discussion.

M. Le Marc'Hadour partage l'opinion de Bruder : la meilleure méthode pour aborder les kystes paradentaires est l'Ogston-Luc qui permet la voie large du sinus maxillaire pour aborder la tumeur.

M. Richou.— J'ai eu l'occasion d'opérer, il y a deux ans, un volumineux kyste du sinus maxillaire gauche chez un homme de quarante ans.

La tumeur était extériorisée, ayant détruit en grande partie la paroi externe du sinus.

Opération de Caldwell-Luc. Tentative d'extirpation de la poche, qui se rompt et laisse sourdre un liquide brun chocolat, d'aspect un peu huileux (dans lequel l'examen microscopique permet de déceler les cristaux de cholestérine).

La poche remplissait tout le sinus, adhérant peu aux parois osseuses qui apparurent après son extraction absolument dénudées et nettes.

Suites simples. Lavage par l'orifice créé dans le sinus inférieur. Persistance d'une petite fistule gingivale insignifiante par laquelle le malade encore à l'heure actuelle peut faire circuler de l'eau et la faire revenir par le nez

M. Munch.— Pour le choix du procédé opératoire qui convient le mieux à ce genre de cas, je souscris très volontiers aux conclusions de Bruder. Il me paraît, comme à notre collègue, indispensable de recourir

à l'opération radicale avec contre-ouverture nasale. J'ai vu dans ces derniers temps deux malades qui avaient été traités par la voie buccale seulement, et chez les deux une fistule s'était établie qui ne tarissait pas malgré les soins assidus et prolongés — même opératoires — qu'avaient reçus ces patients.

DE L'INDIVIDUALITÉ DU SQUELETTE LABYRINTHIQUE

M. Girard.

Les classiques s'expriment de la façon suivante à l'égard du labyrinthe osseux :

« Le labyrinthe osseux ne constitue pas à proprement parler une individualité anatomique. On doit le considérer plutôt comme une cavité compliquée, creusée dans le rocher et qui contient dans son intérieur le labyrinthe membraneux.»

Je crois que, contrairement à cette opinion, on doit admettre que l'oreille interne possède un squelette spécial qui ne se confond pas avec l'os pétreux au sein duquel il est inclus.

Voici un crâne de fœtus à terme sur lequel j'ai pu isoler complètement le labyrinthe, non point par un artifice de dissection, mais bien grâce à une suture non encore ossifiée existant entre le noyau du labyrinthe et le reste du rocher.

Si, en effet, par une dissection attentive d'un rocher de fœtus à terme, on effrite petit à petit la masse osseuse au milieu de laquelle est plongée l'oreille interne, on rencontre à un niveau donné cette suture, sorte de plan de clivage suivant lequel les éclats d'os se soulèvent, et l'on voit se dessiner tout naturellement les contours du limaçon, du vestibule et en partie des canaux semi-circulaires.

Au moment ou la lame de l'instrument atteint la coque labyrinthique proprement dite, on croit réellement toucher un os nouveau, de surface lisse et de consistance plus compacte, qui serait inclus dans l'os pétreux un peu à la manière d'un follicule dentaire dans un maxillaire.

Ceci n'est pas nouveau. Il y a très longtemps que de telles dissections ont été faites. Mais jusqu'à présent il était admis que, chez l'adulte, on ne trouvait plus trace de cette individualité primitive.

J'ai essayé de pratiquer la même dissection chez l'adulte. Je ne suis arrivé que très rarement à libérer le limaçon et au niveau du promontoire seulement. Mais il m'est arrivé souvent d'apercevoir la ligne de soudure sans toutefois pourvoir pratiquer l'opération du clivage.

Voilà ce qui se passe pour un os non décalcifié; mais si l'on a soin de décalcifier à fond le temporal, tout change. Voici en effet un labyrinthe osseux pris sur un rocher décalcifié. Autour du limaçon et en partie autour du vestibule et des racines des canaux semi-circulaires, la couche osseuse appartenant à l'os pétreux, assouplie par la décalcification, s'est détachée du squelette labyrinthique comme une peau d'orange. La boucle des canaux ne se laisse pas décortiquer.

Il est à noter que l'aqueduc de Fallope se détache du squelette labyrinthique comme un long boyau qui lui serait attenant.

Je pourrais puiser encore dans l'embryologie et l'étude du développement du temporal d'autres arguments en faveur de ma thèse.

Mais vous vous demandez quelle portée pratique peuvent bien avoir ces détails anatomiques.

C'est au point de vue didactique surtout qu'il est intéressant d'admettre l'individualité du squelette labyrinthique. Il est extrêmement commode de présenter l'oreille interne entourée d'un squelette propre dont la situation et les rapports au milieu du rocher sont plus faciles à exposer et à figurer.

DÉFORMATION NASALE SOUS L'INFLUENCE PROBABLE DE POLYPES MUQUEUX PENDANT LA CROISSANCE

M. Girard.

Mlle A. P.., 23 ans, présente la déformation nasale que vous voyez, qui consiste en un élargissement énorme du squelette nasal, paraissant porter principalement sur la branche montante du maxillaire supérieur de chaque côté, et un peu sur le bord externe des os propres. Le dos du nez est resté normal, il n'est pas surbaissé.

La malade s'est toujours vue comme cela. Ce qu'elle sait, c'est que, étant enfant, elle avait le nez absolument bouché et que vers l'âge de 10 ou 12 ans, des polypes lui sortant par la narine droite, elle fut conduite à un spécialiste qui en fit l'ablation.

A plusieurs reprises on lui enleva de nouveaux polypes, et, paraît-il, le cornet inférieur gauche. Elle mouche en grande abondance du muco-pus. Pas de fétidité.

A l'examen, on trouve une cavité nasale agrandie des deux côtés, tapissée de croûtes et de muco-pus, les croûtes s'étendent au pharynx nasal, les cornets inférieurs sont atrophiés. Bref, on a l'impression de rhinite atrophique.

Pourtant il n'y a jamais eu d'odeur; la présence de ces polypes exubérants n'est guère dans l'ordre d'une rhinite atrophique, l'étage supérieur du nez en est encore actuellement bourré.

Ne pourrait-on pas admettre que la déformation nasale soit due à la pression que les polypes ont pu exercer sur les parois du nez pendant la croissance ? Le fait que des polypes émergeaient par la narine droite à l'âge de 10 ans permet de supposer que le nez en était rempli depuis longtemps.

Indépendamment de la turbinotomie qui a été faite à gauche, il est certain que la muqueuse est atrophiée ; mais cette atrophie ne pourrait-elle pas elle aussi s'expliquer par la même pression continuelle longtemps exercée par le polype ?

Discussion.

M. Le Marc'Hadour a rencontré deux cas analogues d'étalement des os propres du nez avec polypes muqueux en dehors de toute hérédo-syphilis Comme M. Girard, il pense que la déformation est la conséquence du refoulement du squelette osseux par la masse des polypes.

MASTOÏDITE DE BEZOLD AVEC SYNDROME DE GARDÉNIGO CHEZ UN DIABÉTIQUE. — TRÉPANATION. — GUÉRISON.

M. Girard.

Il s'agit d'un paysan vigoureux âgé de 65 ans, diabétique (60 grammes de sucre par jour) qui se présenta à la clinique du Dr G. Laurens avec une mastoïdite aiguë, une paralysie de son moteur oculaire externe et un gonflement du cou laissant supposer la présence d'une collection purulente sous le sterno-mastoïdien.

Intervention sous novocaïne au 1/200 : Bézold typique et, en outre, abcès extra-dural le long du sinus latéral.

Guérison de la plaie en six semaines.

Guérison de la paralysie du moteur oculaire externe en trois mois sans autre traitement.

INTUBATION CAOUTCHOUTÉE DANS UN CAS DE STÉNOSE ÉPITHÉLIOMATEUSE DU TIERS MOYEN DE L'ŒSOPHAGE

M. Guisez.

L'auteur présente un malade, âgé de 49 ans, atteint d'épithélioma au tiers moyen de l'œsophage. L'alimentation était devenue absolument impossible et toute dilatation par les voies naturelles était absolument sans résultat au point de vue de l'alimentation.

Grâce à l'introduction, dans la sténose, de drains à intubation, de calibre progressivement croissant, l'auteur est arrivé à en mettre un n° 30, dont le calibre permet une alimentation liquide et démi-liquide, tout à fait suffisante.

Le malade, qui est ainsi intubé depuis deux mois et demi, a repris son poids habituel, vaque à ses affaires, n'est nullement gêné par le port de ce tube et semble présenter une existence absolument normale. Une œsophagoscopie faite hier montre que malgré le port prolongé de ce tube, il n'y a aucune inflammation locale.

Dans une vingtaine de sténoses analogues soignées par l'auteur, l'alimentation, auparavant impossible, a été et est redevenue facile par le port de ce tube. Il semble donc que l'on soit en possession d'un moyen simple, destiné à améliorer considérablement le pronostic de toutes les sténoses à formes graves de l'œsopbage (Epithélioma, sténoses inflammatoires, cancer). Grâce à leur conformation en bouton de chemise, ces drains restent exactement en place; ils exercent en même temps une dilatation continue sur le point sténosé. Le port de ces drains remplace avantageusement la gastrostomie, qui autrefois en pareil cas était la seule ressource.

MALADE ATTEINT DE SURDITÉ COMPLÈTE UNILATÉRALE A LA SUITE DE L'INTRODUCTION D'UNE PERLE DE MÉTAL EN FUSION DANS L'OREILLE

M. Houlié.

M. H..., âgé de 41 ans, forgeron.

En secouant une barre de fer rougie au feu, le malade reçoit dans l'oreille gauche, le 5 février, une perle de métal en fusion. Il perd connaissance durant dix minutes et perçoit à son réveil des bourdonne-

ments formidables dans l'oreille gauche. Il est conduit à l'hôpital Lariboisière où on enlève de celle-ci un fragment de métal qui y avait pénétré.

Examen le 7 février, — Oreille gauche. Le conduit auditif présente à sa partie profonde des érosions multiples. Le tympan est complètement détruit, il n'y a pas trace d'osselets.

L'os de la paroi interne de la caisse est à nu. On voit nettement en son milieu un bord osseux tranchant à direction un peu oblique de haut en bas et d'avant en arrière et en avant duquel on aperçoit une surface un peu déprimée qui correspond à peu près à la partie antérieure du promontoire. L'examen tactile au stylet confirme l'examen visuel.

L'oreille suppure légèrement.

Signes subjectifs. — Le malade accuse des bourdonnements.

Examen de l'audition. — La bouche presque au contact du pavillon, le malade entend confusément quelques mots de la voix chuchotée, mais ne distingue rien,

Examen aux diapasons. — Jamais je ne mesure la durée du temps durant lequel un diapason est perçu car ce procédé ne permet pas d'avoir des observations comparables par suite de l'impossibilité où l'on est de frapper chaque fois avec la même énergie les branches du diapason.

Je mesure l'écart de temps qui s'écoule entre le moment où le malade cesse de percevoir le diapason et celui où une personne à ouïe normale cesse d'entendre le même diapason; je suppose, bien entendu, que l'audition est diminuée, car est-elle augmentée il faut procéder de façon inverse.

Audition aérienne :

C	à peine perçu.		
C_1	pas perçu.		
C_2	—		
C_3	perçu, écart	en moins :	35″
C_4	—	—	22″

Audition osseuse :

C	perçu, écart	en moins :	15″
C_2	—	—	10″
C_3	—	—	4″
C_4	—	—	4″

Il s'agit d'un pseudo Rinne négatif, car l'oreille saine neutralisée par le courant d'eau, il n'y a plus de perception du côté malade. L'appareil vestibulaire est excitable à la rotation ; les autres modes d'excitation du labyrinthe ne sont pas essayés par la crainte de diffuser l'infection.

En résumé le malade est atteint de surdité complète du côté gauche par suite d'une lésion de l'oreille interne portant sur la cochlée.

A propos de ce malade, permettez-moi quelques réflexions au sujet de la méthode de Barany qui a pour but la mesure exacte de l'acuité auditive d'une oreille au moyen de la suppression temporaire de l'autre. Le but de cette méthode est très légitime, car les vibrations parviennent simultanément aux deux oreilles d'ordinaire dans une proportion assez inégale, mais y parviennent simultanément par voie aérienne et par voie osseuse. Le classique tampon d'ouate empêche bien partiellement les vibrations d'arriver par voie aérienne au nerf auditif par l'intermédiaire des osselets, mais ne supprime pas la voie osseuse, de telle sorte que le problème de la séparation des deux oreilles pour mesurer l'acuité de chacune d'elles paraissait l'insoluble, quand Barany, devant l'impossibilité de mettre un écran qui empêche toute vibration d'arriver à une oreille à l'exclusion de l'autre, eut l'idée d'exciter violemment l'oreille qu'on veut supprimer; cette manœuvre, qui permet de disposer de toute l'excitabilité du nerf auditif, fait que celui-ci ne peut plus percevoir aucune sensation. Barany se sert soit de l'appareil tapageur, soit de l'irrigation du conduit par un courant d'eau. Ces procédés réalisent parfaitement les fins visées par leur auteur.

Le procédé de Barany n'est pas exempt de reproche. Quand on excite une oreille comme il le fait avec l'appareil tapageur, sans doute on réussit à rendre cette oreille inexcitable aux bruits venus du dehors, mais l'excitation, et c'est là un point capital, ne reste pas limitée à l'oreille sur qui elle porte, car les solides sont très bons conducteurs des vibrations; l'oreille dont on veut mesurer l'acuité auditive se trouve influencée dans une proportion impossible à apprécier, mais se trouve influencée. Prenons le cas d'une oreille qui n'a plus que quelques reliquats d'audition; ces reliquats dépendent-ils de l'oreille malade ou bien le malade est-il le jouet d'apparence; perçoit-il avec l'oreille saine des sons qu'il localise dans le côté malade. Il est impossible de le savoir au juste. Fait-on usage, suivant le procédé de Barany, de l'appareil tapageur, l'oreille malade à laquelle parviennent des sons se trouve dans la situation d'une oreille atteinte de bourdonnements et dont le pouvoir auditif baisse de ce fait.

Le procédé de Barany introduit dans la mesure de l'acuité auditive une cause d'erreur; avec lui, on commet une erreur en moins; sans lui, on commet une erreur en plus.

En somme, et ce sera la conclusion de cette remarque, l'épreuve de Barany a pour effet de rendre plus frappant le déficit d'une oreille atteinte; à ce titre et à bien d'autres, elle mérite d'être retenue, mais qu'on ne s'illusionne pas sur sa valeur; seule elle ne permet pas de savoir de façon certaine si une oreille est ou non complètement sourde. Dans la pratique, une telle précision importe peu : une oreille qui n'a plus que des reliquats insignifiants d'audition peut être considérée comme n'existant plus, il n'est point nécessaire d'utiliser la méthode de Barany pour formuler semblable conclusion.

CANCER DU PHARYNX EXTIRPÉ PAR LES VOIES NATURELLES

M. J. Labouré (d'Amiens).

Les pièces que je présente et les préparations qui les accompagnent sont d'un cancer du pharynx, que j'ai enlevé par voie buccale.

Le malade, âgé de 50 ans, présenta ses premiers troubles en décembre 1913. Il se plaignit simplement de dysphagie, consulta le Dr Caquille (d'Ervillers) qui fit le diagnostic de tumeur maligne de l'arrière-bouche et me l'amena le 27 décembre 1913.

Je vis une tumeur qui occupait le côté gauche du pharynx, la partie libre du voile du palais, les deux piliers gauches et une partie de l'amygdale ; tumeur irrégulièrement disposée sur la ligne médiane et le côté gauche du pharynx et formant sur le voile une masse grosse comme une noisette, occupant la luette à sa base pour se continuer sur le côté gauche par une traînée de végétations papilliformes qui se condensaient en une nouvelle tumeur du volume d'une amande au-dessus du pôle supérieur de l'amygdale, et finalement envahissait le pilier postérieur. La tumeur paraît se continuer sur l'amygdale, qui présente un aspect irrégulier et végétant.

L'évolution insidieuse de la lésion, son aspect, l'âge du sujet, la consistance demi-molle en certains points, plus dense en d'autres points, ne permet pas d'hésiter sur l'existence d'un épithélioma ; le sujet n'est pas syphilitique ; la lésion semble avoir commencé par la base de la luette ; de là, la tumeur aura progressé vers le pilier postérieur, puis vers l'amygdale gauche.

Le pronostic de ce fait me semble moins sombre, car l'envahissement ganglionnaire est généralement plus rapide, plus précoce dans les cancers amygdaliens primitifs ; la palpation du cou ne permet de constater aucun engorgement ganglionnaire.

Je conseille l'ablation de la tumeur par la voie buccale, en combinant l'action de l'anse galvanique et de l'anse froide.

Opération le 30 décembre 1913. — Anesthésie ; une injection de pantopon de 0,02 cgr. est faite une heure avant l'intervention ; puis je procède à l'anesthésie locale à la novocaïne-supranéine au 1/50 (adrénaline au 1/1000, une goutte par cm^3).

Opération. — La tumeur de la luette est circonscrite par une colerette de piqûres disposées à 1 centimètre de la lésion ; d'autres piqûres sont faites de la même façon sur le voile, les piliers, le pôle supérieur de l'amygdale ; bref, je procède à l'infiltration de toute la région environnante, de façon à circonscrire la région malade ; j'attends 20 minutes pour que l'anesthésie soit complète.

Opération. — Je place deux pinces à traction à travers l'anse galvanique pour saisir le voile dans sa partie saine. De cette façon, l'anse se trouve portée au delà des pinces, pour attaquer les parties saines, qui entourent les parties infiltrées par le néoplasme, c'est donc en tissu sain que va porter l'action de l'anse galvanique. La mise en place de l'anse demande quelques minutes ; de façon à éviter tout tâtonnement au moment où le courant passera. La section est alors exécutée, très rapidement, en quelques secondes, sans douleur, sans écoulement sanguin.

Je procède de la même façon sur la deuxième partie du néoplasme qui siège au niveau supérieur du pôle de l'amygdale.

Dans un troisième temps, j'agis de même sur l'amygdale à l'aide de l'anse froide, en exerçant une traction au moyen de la pince de Vacher.

En somme, je pratique l'exérèse des différentes portions du néoplasme et du tissu sain voisin en trois temps, en combinant ainsi l'action de l'anse chaude et de l'anse froide ; un léger suintement sanglant se produit alors, mais tellement léger qu'il n'exige ni tamponnement ni suture.

Suites opératoires. — La plaie se couvre de dépôts gris blanchâtre, comme ceux qui se produisent à la surface des tissus après amygdalectomie simple ; la surface est désinfectée à l'acool iodé et à l'eau oxygénée ; les dents en mauvais état sont badigeonnées à l'iode. Vers le douzième ou le treizième jour, les eschares tombent, les tissus commencent à granuler ; la cicatrice se produit rapidement. Pendant la convalescence, je pratique les injections intraveineuses d'Electro-séléniol, d'Electrocuprol et de vaccin streptococcique de Colley. Le sujet quitte la clinique le vingt-unième jour en très bon état local et général.

Examen histologique (dû à l'obligeance du professeur Pierre Merle). — Sur le voile, la tumeur forme une masse bien circonscrite ; elle est constituée par des noyaux épithéliaux séparés par des cloisons de tissu conjonctif ; la structure est celle d'un épithélioma malpighien typique avec évolution cornée. D'assez nombreux globes épidermiques sont reconnaissables. Quelques-uns sont ébauchés seulement. Le protoplasma des cellules est souvent étiré, filamenteux, à contours indécis, les noyaux sont souvent altérés, fragmentés. Dans les parties superficielles de la tumeur de petites lacunes remplies de polynucléaires indiquent un processus infectieux, surajouté. Un peu de réaction inflammatoire dans le tissu conjonctif sous-jacent et autour des glandes muqueuses.

La structure des autres fragments est à peu près semblable : structure d'épithelioma malpighien typique ; on trouve une métastase épithéliale dans un petit ganglion. Au pôle supérieur de l'amygdale un petit placard épithéliomateux au début ; la masse de l'amygdale n'est pas envahie.

Diagnostic : épithélioma malpighien typique à pronostic réservé. —

RÉFLEXIONS. — Il m'est arrivé à plusieurs reprises au cours de ma carrière de spécialiste d'aider à des pharyngotomies pour cancer, faites par le Dr Pauchet ; le plus souvent, l'opération faite par voie externe

s'accompagnait de la ligature de la carotide externe de la section temporaire de la branche montante du maxillaire inférieur ; l'intervention nécessitait des délabrements énormes, bien qu'après reconstitution des parties sectionnées, l'état anatomique fût reconstitué. Tous les malades ainsi opérés ont guéri, je l'avoue, d'un façon rapide, mais j'eus l'impression que les inoculations devaient être fréquentes au cours de l'intervention ; les surfaces cruentées qui en résultaient constituent une source d'infection et de récidive qui me donnait peu de sympathie pour des interventions semblables. Au contraire, en pratiquant l'opération par la voie buccale et à l'anse, je me suis rendu compte d'avoir fait subir au malade l'acte chirurgical à la fois le plus complet, le plus efficace et en même temps le moins traumatisant; sans doute, je n'ai point fait la ligature de la carotide, ni enlevé les ganglions, mais les ganglions étaient-ils déjà pris ? D'ailleurs, admettons même que ces ganglions fussent infectés, on pourrait les enlever dans un deuxième temps, sans que la plaie carotidienne communiquât avec la cavité pharyngienne, mesure qui constituerait déjà un progrès important. Cette extirpation d'un cancer de l'arrière-bouche par la voie buccale est donc l'opération de choix qui se recommande par sa simplicité, sa rapidité, son innocuité, l'absence d'hémorragie, l'absence de douleur.

Peut-être serait-elle insuffisante à un degré plus avancé de la maladie, mais alors qu'est-ce que donnerait une chirurgie plus large comme résultat éloigné ?

Si sortant de ma pratique personnelle, je consulte les statistiques de chirurgiens étrangers, je vois que Krönlein, sur une première série de pharyngotomies, compte 6 morts sur 8 opérations, et dans une seconde série de 31 cas, 11 morts post-opératoires.

Plusieurs conditions chirurgicales ont singulièrement facilité cette opération :

1° L'apparition de l'*anesthésie locale* qui permet au malade d'aider l'opérateur en prenant la position la plus convenable, en débarrassant lui même sa cavité buccale des mucosités et du sang. Aussi la bronchopneumonie post-opératoire doit-elle être supprimée par cette seule modification.

2° *La combinaison de l'anse chaude et de l'anse froide*, comme l'a montré Vacher, dans la chirurgie de l'amygdale, anse non pas maniée à l'aveugle, mais portée au point voulu et immobilisée au moyen d'une ou plusieurs pinces à traction, qui permettent d'amener en surface et parfois même d'énucléer les pédicules des tumeurs sessiles, enfouies derrière les parties molles; cette opération avait été exécutée par Jacques (de Nancy). J'en avais eu moi-même l'idée en lisant l'ouvrage de Durand et Gaut sur le traitement chirurgical des tumeurs du pharynx par la voie buccale. J'insiste sur un autre avantage de la méthode, c'est le prestige moral de cette opération ; que dit un malade auquel d'emblée un chirurgien propose de fendre la moitié du cou et de la face? il

hésite quelques jours, quelques semaines, quelques mois, au cours desquels le néoplasme évolue ; si, au contraire, d'emblée, on lui propose d'enlever un néoplasme avec autant de simplicité qu'on enlève une amygdale, l'intervention est acceptée immédiatement; je considère donc que l'ablation des cancers de l'arrière-bouche, du voile du palais, par les voies naturelles constitue le traitement de choix ; la base du traitement est un *diagnostic précoce* et ce diagnostic sera fait chaque fois qu'en examinant la gorge d'un malade atteint, de 45 à 60 ans on apercevra un bourgeon ou une végétation suspects; on devra en faire immédiatement l'examen histologique ou l'envoyer au spécialiste.

CORPS ÉTRANGER DU PHARYNX

MM. Richou et Delacour.

Mme B... vient à la consultation de l'hôpital Beaujon, le 10 octobre 1912, se plaignant d'éprouver depuis le repas du soir du 4 octobre une douleur dans la gorge avec gêne de la déglutition et toux d'irritation. .. avalant une bouchée de pain, elle aurait senti ce jour-là une forte piqûre et elle pense avoir dégluti un corps étranger. Un examen radioscopique pratiqué par un confrère de la banlieue n'a donné aucune indication.

La dysphagie et la toux persistant, elle se décide à venir à l'hôpital. M. Delacour constate avec le miroir laryngien une tuméfaction de la paroi postérieure du pharynx, du volume d'une demie-noix, occupant la moitié droite de l'isthme, à la hauteur de l'épiglotte.

Le bombement en avant est assez accusé pour masquer la région aryténoïdienne. On aperçoit cependant sur la tumeur un point jaunâtre bien net qui rappelle les ouvertures spontanées des abcès rétro-pharyngiens.

La situation un peu anormale de cette collection et l'instrumentation rudimentaire de la consultation font remettre au lendemain le débridement de la poche. L'état général est bon, la malade n'a pas de fièvre.

Le 11 octobre. — Nous revoyons notre malade à la clinique de la rue de Condé et lui faisons localement quelques badigeonnages avec une solution de cocaïne.

Les gargarismes faits par cette femme depuis la veille ont décongestionné le pharynx, et la cocaïne aidant, nous pouvons apercevoir sortant de la tumeur une petite tige noire dirigée obliquement en bas et à gauche et dont l'extrémité libre vient au contact du sommet de l'aryténoïde

gauche. Deux gouttelettes de pus le long de cette tige. A chaque mouvement d'ascension du larynx, le corps étranger bute sur l'aryténoïde, déterminant à sa face postérieure une zone rouge légèrement œdématiée. Ces mouvements s'accompagnent d'une douleur assez vive et provoquent une quinte de toux.

Nous portons alors le diagnostic d'aiguille implantée dans la paroi postérieure du pharynx.

Nous poussons la cocaïnisation et tentons sous le contrôle du miroir

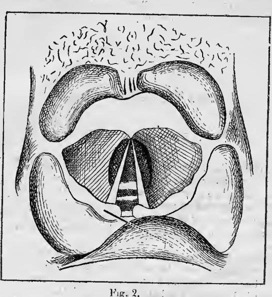


Fig. 2.

l'extraction de l'aiguille avec la pince de Moritz Schmitz, mais sans succès ; l'aiguille est solidement fichée (depuis 7 jours) probablement dans le trousseau fibreux du pharynx, peut-être même dans une vertèbre ou dans un disque intervertébral, et la flexibilité de l'instrument fait déraper les mors à chaque tentative Repos.

Le même jour, à cinq heures du soir, chez l'un de nous, nouvelle tentative d'extraction, après anesthésie locale avec solution de cocaïne au 1/10 avec la seringue à larynx. La tête légèrement défléchie, on arrive à saisir assez facilement l'aiguille au ras de l'implantation avec une pince longue et tenue verticalement.

J'ai soin de tirer d'abord en bas et à gauche, puis en haut pour faire basculer le corps étranger.

L'extrémité libre vient se coincer sous le pilier postérieur gauche, que je dois repousser avec l'index de la main gauche.

La malade se contracte à ce moment et l'aiguille, après s'être légèrement tordue, se brise à quelques millimètres des mors de la pince.

Le fragment enlevé que je vous présente mesure 17 millimètres et demi ; le chas de l'aiguille est intact, et la cassure fraîche de l'autre extrémité tranchait nettement par sa couleur sur l'oxydation du corps du délit.

Au toucher, l'index arrive à sentir, en remontant de bas en haut et à droite, à travers la paroi, le fragment de l'aiguille demeuré en place.

Devant la fatigue de la malade, je n'insiste pas et me borne à débrider la tumeur avec la faux de Ruault ; un peu de sang s'écoule. Il n'y avait pas de collection purulente.

12 *octobre*. — L'examen au miroir montre une gorge assez rouge dans tout son ensemble,la tumeur est nettement affaissée par rapport à ce qu'elle était la veille. Torticolis intense, mais dysphagie moins accusée et disparition des symptômes douloureux ; pas de fièvre,pas d'expectoration purulente.

14 *octobre*. — Même état ; la malade dit avoir senti à trois reprises, à l'occasion d'efforts de déglutition, la même sensation de piqûre qu'auparavant.

17 *octobre*. — Je fais pratiquer un examen à l'écran par le Dr Belot à l'hôpital Saint-Louis. On aperçoit avec quelque difficulté le fragment de la pointe de l'aiguille implanté obliquement dans la moitié droite de la colonne cervicale,entre la deuxième et la troisième vertèbres (éclairage oblique G. D.). Le Dr Belot évalue la longueur du fragment à 8 ou 10 millimètres.

Le corps étranger n'est nullement mobilisé par les mouvements de déglutition. La malade dit d'ailleurs ne plus sentir son corps étranger sauf dans les grands mouvements de déglutition.

Examen du larynx. — La paroi postérieure est revenue à peu près à l'état normal ; au niveau de l'ancienne tuméfaction il n'y a plus qu'une légère asymétrie.

21 *janvier* 1913. — Le pharynx a repris son état normal. Dysphagie intermittente.

12 *mars* 1913. — La dysphagie a complètement disparu. Deuxième examen radioscopique par le Dr Belot qui retrouve l'aiguille à la même place, moins visible que lors du premier examen, les contours sont moins nets.

Octobre 1913. — La malade est revue pour une affection différente et dit ne pas sentir son aiguille.

Je m'excuse de vous avoir rapporté peut-être un peu longuement cette

observation et l'échec partiel de notre intervention. La situation haute de ce corps étranger nous avait paru justiciable d'une extraction directe et sans le séjour prolongé de l'aiguille qui avait provoqué son enclavement, il est probable que nous serions parvenu à un meilleur résultat. Grâce à l'enkystement du fragment, aucun accident n'est survenu et nous n'avons rien eu à regretter.

Discussion.

M. Le Marc'Hadour profite de la présence de MM. Munch et Guisez pour demander si dans ce cas, le tube œsophagoscopique eut été préférable à l'ablation comme elle fut pratiquée. Il lui paraît, ainsi qu'à Richou et Delacour que le siège du corps étranger et son implantation, en rendaient l'emploi difficile sinon impossible.

M. Guisez. — Dans la communication de notre collègue, comme l'aiguille était très haut placée, il est évident qu'il était facile de l'enlever par plusieurs moyens : soit le miroir, soit l'usage d'un simple abaisse-lange recourbé, ou l'emploi de la spatule pour hypopharyngoscopie et laryngoscopie.

Mais, je désirerais m'élever contre cette idée que les méthodes directes sont toujours douloureuses et plus difficilement supportées que les autres.

Il est évident qu'il est des cas (malade à cou court, présentant de la raideur de la nuque) où le relèvement de la tête se fait difficilement et par conséquent la spatule appuie assez fortement sur les dents. Dans ce cas, il est difficile d'appliquer la spatule-tube. Mais, dans les autres, la manœuvre, entre des mains habituées est très facilement supportée.

Comme dans la méthode directe on enlève un corps étranger ou une tumeur intra-laryngée ou pharyngée du premier coup, le malade bénéficie toujours d'une intervention courte, les interventions hésitantes faites au miroir demandent souvent une demi-heure et plus ; quelquefois même plusieurs séances.

Chacune des méthodes conserve ses indications et ses avantages, qu'il comporte de savoir poser exactement au moment de leur application.

TÉRATOME DU NEZ

M. Georges Laurens.

La relation de ce cas clinique est d'une excessive rareté et présente un intérêt au point de vue de la longue évolution, de l'aspect macroscopique et du résultat de l'examen histologique.



Fig. 3.

Observation clinique. — Mme H..., âgée de 68 ans, se présente à la clinique le 28 mars 1913, pour une obstruction des fosses nasales, bilatérale, complète, récente, datant de trois semaines.

L'examen extérieur du nez montre une déformation extrêmement curieuse. Tout l'appendice nasal est transformé en une tumeur proéminente, multilobée, dure, du volume d'une petite mandarine, recouverte de tégument sains, non adhérents. En hauteur, elle s'étend de la racine du nez au lobule ; en largeur, d'une commissure palpébrale à l'autre mais elle a refoulé en dehors considérablement les deux globes oculaires; bref on dirait un facies batracien. Il semble exister une pseudo-fluctuation en certains points mamelonnés de cette néoplasie. Pas de ganglions dans les territoires efférents. Le moulage a été fait par M..... et est présenté à la société.

La rhinoscopie antérieure montre un affaissement complet de la paroi externe des deux fosses nasales qui s'accole à la cloison. Le pôle antérieur des cornets inférieurs a une apparence normale. L'air ne passe pas. La rhinoscopie postérieure n'offre rien de spécial

La transillumination des antres d'Highmore montre leur opacité complète.

En interrogeant la malade, on apprend que, vingt ans auparavant, elle a présenté une petite tumeur, du volume d'un pois, dans la région du sac lacrymal gauche, qui a été extirpée. Deux ans après, récidive. Et depuis, la tumeur a évolué pour atteindre le volume sous lequel elle se présente actuellement. Il y eu indolence absolue, absence d'épistaxis. Le seul fait nouveau et récent est l'imperméabilité nasale, pour lequel on vient nous consulter.

Diagnostic.— Toute hypothèse de néoplasie maligne est écartée en raison de la très longue évolution (dix-huit ans) de cette tumeur. Le docteur Saint-Clair Thomson, de Londres, qui nous faisait, ce jour-là, l'honneur de visiter notre clinique, et le Dr Luc qui l'accompagnait, pensaient, comme nous, qu'il s'agit vraisemblablement d'une mucocèle ethmoïdale.

Opération, 3 mai 1913. — Anesthésie locale à la novocaïne suprarénine à 1/200, qui est tout à fait insuffisante. Narcose au chloroforme nécessaire. Deux incisions verticales sur la tumeur, verticale, de la racine du nez au lobule, de façon à circonscrire un lambeau cutané elliptique, médian, en excédent, et à le détacher. Libération des téguments de chaque côté à droite et à gauche. La peau est mince, non adhérente. La tumeur apparaît, formée de masses lobulées, non kystiques, d'aspect fibreux. Elle est solidement implantée par sa base, sur le squelette et il est extrêmement difficile de l'en détacher : l'anesthésie locale eût été tout à fait insuffisante. Grâce à la rugine tranchante courbe, à des pesées et à des mouvements de levier, je puis détacher par fragments cette tumeur, qui adhère fortement à une surface d'implantation osseuse, non pas lisse et régulière, comme celle des os propres, mais rugueuse hérissée d'aspérités très dures. A aucun endroit la surface osseuse n'est molle ni pulpeuse. Aussitôt après l'exérèse complète de la tumeur dont l'aspect est fibromateux, lardacé, la surface osseuse sur laquelle elle était im-

plantée apparait en totalité; il semble qu'il y ait eu effondrement en même temps qu'élargissement du squelette nasal. La distance qui sépare les branches montantes du maxillaire supérieur est triplée.

A aucun moment, on ne rencontre de fissure conduisant dans les cavités nasales ou maxillaires.

Toute cette vaste surface osseuse facio-nasale est régularisée à la curette, à la gouge et au maillet, de façon à sculpter un organe qui tend à reproduire plus ou moins la forme extérieure du nez.

Les lambeaux sont réunis par des sutures.

Le cornet inférieur droit est enlevé avec le turbinotome.

Suites opératoires. — Le 10 mai, réunion par première intention. La respiration nasale n'est pas encore normale à gauche; le 3 juillet, le cornet inférieur gauche est sacrifié.

La malade, revue et présentée à la Société de Laryngologie de Paris, le 12 février 1914, n'offre pas la moindre récidive de sa tumeur; sa perméabilité nasale est bonne.

Conclusions. Examen histologique. — Quatre fragments de la tumeur examinés par deux histologistes différents et très compétents ont donné deux résultats différents.

L'un a conclu « à un épithélioma pavimenteux, lobulé, tubulé, assez infiltrant, tumeur qui d'après l'aspect de son mode de végétation paraît entièrement proliférante et maligne ».

L'autre histologiste tire de l'examen microscopique les conclusions suivantes : « on constate dans les grandes cavités, de forme irrégulière, qui creusent la masse fibreuse constituant la plus grande partie de la pièce, un magma de détritus; les parois de ces cavités sont formées par une nappe épithéliale non différenciée, relativement très épaisse ; des fissures, contenant de minces lamelles conjonctives et affectant une direction perpendiculaire à la surface, fragmentent cette nappe en sections plus ou moins étendues. Les cellules épithéliales sont très petites, toutes égales entre elles et l'on n'observe pas de caryokinèses. Diagnostic : *tératome*, inclusion fœtale d'épithélium au cours de la fermeture des fentes de la face. »

Très troublé par ces conclusions différentes au point de vue diagnostic et par conséquent pronostique, mais cependant, en me plaçant sur le terrain clinique, persuadé qu'il s'agissait d'une tumeur bénigne, je soumis au premier histologiste les préparations du second et voici sa réponse : « il est incontestable que ces préparations ne ressemblent en rien aux miennes. On pourrait supposer être en présence de deux pièces différentes. Le diagnostic que l'on peut poser sur les secondes serait épithélioma kystique dont l'allure n'est pas très maligne. L'idée de tératome est assez logique, mais c'est surtout une hypothèse pathogénique.

Les dissemblances diagnostique et pronostique entre les deux examens peuvent peut-être s'expliquer par les régions différentes examinées. En effet, dans les premières coupes, il y a un point où on voit une muqueuse normale et, au-dessous, du cartilage. Cela indique que le fragment examiné avoisinait de très près une cavité du nez. Par contre, les fragments prélevés profondément rendent certain le diagnostic d'épithélioma pavimenteux.

L'hypothèse que l'on pourrait émettre est celle de tumeur longtemps bénigne, qui aurait pris à un moment donné un caractère de malignité. »

De ces examens histologiques différents, je crois qu'on peut conclure avec l'évolution clinique, qu'il s'agissait d'une tumeur bénigne, comme l'indiquait la longue évolution et l'absence de rédicive, en l'espèce probablement d'un tératome.

Le Secrétaire général,
ROBERT FOY.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, RUE DE RENNES, 71.

BIBLIOGRAPHIE DU MOIS

CHAVANNE. — **Traitement actuel des Spirochétoses bucco-pharyngées** (*Oto-Rhino-Laryng. internationale,* 1-1914).

PAUL ALBERT. — **Sur un cas de perforation du tympan occasionnée par un perce-oreille** (*Annales des Maladies de l'Oreille,* 10-1913).

GUISEZ. — **Diagnostic et Traitement des Rétrécissements cicatriciels de l'Œsophage.** (*Archives internationales de Laryng., Sept.-Oct.* 1913).

COURTADE. — **La buée de la respiration est une solution saline et non de l'eau pure.** (*Archives internationales de Laryngologie, Nov.-Déc.* 1913.)

Afin d'éviter les omissions, les Membres de la Société et les abonnés du *Bulletin* sont priés d'adresser les titres de leurs travaux, communications, etc., au Secrétaire général. avant le 25 de chaque mois.